

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 juillet 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Piguet, juge et M. Oppikofer, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à (...), recourante,

et

**V.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à  
Lausanne.

---

**Art. 6 et 10 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_, née en [...] (ci-après : l'assurée ou la recourante), travaille en qualité vendeuse à 80 % auprès de la société [...] (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 10 mars 1981 ; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 9 novembre 2016, l'employeur annoncé à la CNA que l'assurée avait été victime d'un accident le 7 novembre précédent. Elle avait glissé dans les escaliers glacés de la gare à [...] et s'était blessée la cheville droite. Les premiers soins avaient été diligentés à l'Hôpital [...].

Dans un rapport du 19 décembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée s'était présentée aux urgences de l'Hôpital [...], pour un traumatisme de la cheville droite en inversion. Le Dr M.\_\_\_\_\_ retenait une entorse de la cheville grade 3 et l'absence de fracture, avec reprise du travail possible dès le 12 novembre 2016. C'était le deuxième épisode d'entorse de la cheville droite, le dernier datant de deux ans avec fracture du péroné, traitée par une intervention chirurgicale avec plaque vissée.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a complété un rapport médical intermédiaire le 31 janvier 2017 en indiquant qu'à son contrôle du 7 décembre 2016, il avait retenu l'indication à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 31 janvier 2017. L'assurée ne s'était toutefois pas présentée à la consultation d'anesthésie. Elle avait repris le travail à 50% depuis le 3 janvier 2017.

Le 27 février 2017, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, a complété un rapport médical intermédiaire à l'attention de la CNA. Il a indiqué que l'évolution de l'état

de santé de l'assurée était lentement favorable et que la reprise du travail à 100% était prévue pour le 21 mars 2017.

Dans un rapport intermédiaire du 3 avril 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de "status douloureux suite opération pour fracture (bimalléolaire) cheville DR il y a longtemps sans enlever la vis intermalléolaire". Le Dr O. \_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée était enceinte et qu'elle présentait des douleurs et des tuméfactions à la cheville, de sorte qu'elle était en incapacité totale de travail, sans précision de durée. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse était indiquée, après l'accouchement.

Dans un rapport du 17 mai 2017, le médecin d'arrondissement de la CNA a indiqué qu'il n'était pas démontré que l'accident avait entraîné de lésions structurelles supplémentaires sur l'articulation de la cheville droite.

A la demande de la CNA, le Dr O. \_\_\_\_\_ a complété un rapport intermédiaire le 2 juin 2017, dans lequel il a retenu le diagnostic d'"entorse de la cheville droite chez femme enceinte opérée d'une fracture bimalléolaire de la même cheville il y a 2 ans probable déplacement du matériel". L'évolution était très lentement favorable.

Le 21 juin 2017, le médecin d'arrondissement de la CNA a fait l'appréciation suivante du cas:

"Compte tenu de l'accident déclaré en date du 7.11.2016, une incapacité de travail partielle est plausible pendant six à huit semaines après l'événement. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 au plus tard, les symptômes ne sont plus imputables (et ce exclusivement) qu'au traitement qui n'a pas été réalisé dans les règles de l'art en 2014, en laissant la vis de réglage en place.

Exposé des motifs:

A l'occasion de la première consultation, le port d'une attelle Vacoped n'a été jugé nécessaire que pendant cinq jours. Cela relativise, voire contredit le diagnostic d'entorse de grade III. Par conséquent, il est possible que la lésion n'ait pas été importante; il ne s'agissait peut-être pas d'une lésion ligamentaire grave. Sinon, la pratique aurait imposé un traitement par attelle Vacoped ou autre stabilisation pendant six semaines. Le passage en revue des clichés

radiographiques permet aussi d'observer la vis de réglage qui a été laissée en place en 2014. Le fait de laisser une vis de réglage en place ne constitue pas un traitement dans les règles de l'art. Elle aurait dû être retirée environ six semaines après l'ostéosynthèse. Un léger liseré autour de la vis est un signe de desserrage. Les clichés de radiographie conventionnelle ne révèlent pas de rupture de la vis. Cette vis suffit à expliquer les douleurs dans la région de l'articulation talo-crurale ou de la syndesmose.

Indépendamment du fait que les symptômes associés à la vis ne sont en aucun cas liés à l'entorse du 7.11.2016, l'argumentation du médecin traitant d'après lequel la vis ne pouvait pas être retirée en raison de la grossesse de l'assurée n'est pas plausible. Il convient de noter en particulier que l'allégation selon laquelle l'ablation de la vis ne serait pas possible en raison de l'exposition aux radiations est fantaisiste et manque son objectif. Un examen tomodensitométrique a eu lieu le 7.11.2016, ce qui représente une forte dose d'irradiation. Compte tenu du fait que la vis de réglage aurait dû être retirée depuis deux ans déjà à ce moment-là, cette intervention aurait été réalisable immédiatement et aisément sans irradiation importante (contrairement à une tomodensitométrie).

En ce qui concerne la question concernant la présence d'une lésion structurelle d'origine accidentelle, on peut dire que la documentation disponible ne met en évidence ni rupture ligamentaire, ni lésion osseuse. La brève prescription d'une attelle Vacoped pendant cinq jours plaide à l'encontre d'une lésion structurelle.

Nous résumerons en constatant que l'incapacité de travail partielle à la charge de la SUVA est attestée tout au plus pendant huit semaines après l'entorse invoquée (...)"

Par décision du 27 juin 2017, la CNA a mis fin aux prestations de l'assurée (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2017. Elle a considéré que les troubles qui subsistaient à la cheville droite n'étaient plus dus à l'accident de novembre 2016, mais découlaient exclusivement de l'événement subi en 2014.

Le 13 juillet 2017, l'assurée a formé opposition à la décision du 27 juin 2017. Selon elle, la décision litigieuse était fondée sur une appréciation arbitraire du médecin d'arrondissement, qui ne l'avait pas auscultée et n'avait pas non plus pris l'avis de son médecin traitant.

Le Dr O. \_\_\_\_\_ a complété et adressé à la CNA un certificat médical LAA le 13 juillet 2017 dans lequel il a retenu le diagnostic d'entorse grave avec descellement du matériel d'ostéosynthèse de la

cheville droite. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

Par décision sur opposition du 22 septembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 27 juin 2017. Elle s'est principalement fondée sur l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement du 21 juin 2017, qui était arrivé à la conclusion qu'au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'accident de novembre 2016 avait cessé de déployer ses effets. Le rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 13 juillet 2017 n'était pas de nature à mettre en doute l'analyse du 21 juin 2017, étant en particulier rappelé que les radiographies ne révélaient pas de descellement du matériel d'ostéosynthèse.

**B.** Par acte du 21 octobre 2017, H. \_\_\_\_\_ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 22 septembre 2017 en concluant implicitement à l'annulation, soit à ce que l'intimée continue à lui verser des prestations au-delà du 30 juin 2017. Elle a fait valoir notamment ce qui suit:

"(...) en me rendant sur mon lieu de travail, j'ai fait une chute dans les escaliers, ce qui m'a causé plusieurs traumatismes, dont celui de ma cheville droite qui jusqu'à ce jour n'était toujours pas rétablie. Il est vrai que j'ai subi une opération due à une fracture du péroné et de la cheville droite qui a été rétablie depuis plus de 2 ans. Suite à cet accident, les plaques et les vis qui étaient en place et contrôlées régulièrement se sont déplacées et m'ont causées des douleurs permanentes et un handicap dans ma vie de tous les jours.

De ce fait, la responsabilité totale doit continuer à être prise en charge par la SUVA jusqu'à ce que je me remette complètement afin de reprendre mon activité professionnelle".

Par réponse du 12 mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expressees (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-

accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 21 octobre 2017 contre la décision sur opposition du 22 septembre 2017, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée postérieurement au 30 juin 2017.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 aLAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet

événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

**c)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

**5.** Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que

les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit ainsi être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie

dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6.** En l'espèce, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé de la recourante était stabilisé au plus tard dès le 30 juin 2017, date à laquelle elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière. Elle s'est principalement fondée sur l'appréciation médicale du 21 juin 2017 de son médecin d'arrondissement, qui a conclu que l'accident de novembre 2016 n'avait pas occasionné de lésion structurelle à la cheville droite, laquelle présentait un état antérieur avec fracture du péroné, traitée par une intervention chirurgicale et du matériel d'ostéosynthèse en 2014. Selon le médecin d'arrondissement, l'accident du 7 novembre 2016 avait cessé de déployer ses effets au plus tard six à huit semaines après l'événement, étant souligné que les douleurs et symptômes persistant au-delà de cette échéance étaient en lien avec la présence de la vis en place depuis 2014 qui aurait dû être retirée environ six semaines après l'opération de la fracture précitée.

La Cour de céans considère que l'appréciation médicale du 21 juin 2017 du médecin d'arrondissement a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5 supra), puisque les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le médecin d'arrondissement se fonde sur des examens complets (cf. rapports médicaux des médecins ayant traité la recourante y compris le résultat du bilan radiologique effectué le jour l'accident), qu'il prend en considération les plaintes de la recourante et qu'il a établi son rapport en pleine connaissance du dossier. A cet égard, le grief de la recourante selon lequel le médecin d'arrondissement n'aurait pas sollicité l'avis de son médecin-traitant tombe à faux, puisqu'apparaissent aux dossiers pas moins de trois rapports intermédiaires du Dr O.\_\_\_\_\_ (rapport intermédiaire des 27

février 2017, 3 avril 2017 et 2 juin 2017) en plus du certificat médical LAA du 13 juillet 2017 produit dans le cadre de la procédure d'opposition. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions du médecin d'arrondissement sont convaincantes. On comprend en effet du rapport de synthèse du 21 juin 2017 qu'il n'existe aucun argument en faveur d'une lésion structurelle grave découlant de l'accident de novembre 2016, tels que des lésions ligamentaires ou une fracture. Ce constat est corroboré notamment par le Dr M.\_\_\_\_\_ qui a prescrit, au jour de l'accident, le port d'une attèle Vacoped durant cinq jours seulement, alors qu'un diagnostic d'entorse de grade III ou toute autre lésion importante imposent un traitement de stabilisation pendant six semaines environ, ce point n'étant contredit par aucune pièce au dossier. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, ne fait quant à lui état d'aucun facteur de gravité de la lésion dans son rapport intermédiaire du 31 janvier 2017.

Le médecin d'arrondissement observe par ailleurs que la vis de réglage posée en 2014 lors de l'opération de la fracture du péroné aurait dû être retirée dans les six semaines suivant l'ostéosynthèse, pour pouvoir parler d'un traitement effectué dans les règles de l'art. Selon lui, cette vis suffit à expliquer les douleurs dans la région de l'articulation talo-crurale ou de la syndesmose. A nouveau, aucun élément au dossier ne contredit cette appréciation. Bien au contraire, le Dr O.\_\_\_\_\_ retient une indication à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dès son premier rapport médical (cf. rapport du 27 février 2017). Le Dr O.\_\_\_\_\_ évoque certes un probable déplacement du matériel, ce qu'il maintient dans la procédure d'opposition (certificat médical LAA du 13 juillet 2017). Cela étant, outre le fait qu'il évoque cette hypothèse au mois de juin 2017 seulement, soit plus de sept mois après l'événement accidentel, il ne l'objective par aucun document, étant rappelé que les clichés effectués le jour de l'accident n'avaient révélé ni rupture de la vis, ni descellement du matériel d'ostéosynthèse. On ne saurait dès lors le suivre sur ce point. En tout état de cause, tout trouble en lien avec le descellement allégué serait à attribuer à l'évènement accidentel de 2014 à non à celui de 2016.

En définitive, les diverses pièces au dossier plaident pour un événement accidentel en novembre 2016 n'ayant causé aucune lésion importante à la cheville droite de la recourante. Cette articulation présentait un état antérieur avec fracture, qui n'a pas été traitée selon les règles. Le matériel d'ostéosynthèse aurait dû être retiré en 2014 déjà, et la présence d'une vis à deux ans d'une opération peut expliquer les douleurs et tuméfactions persistantes à ce jour. A la lecture des rapports médicaux établis par les médecins-traitants, il apparaît que l'avis du médecin d'arrondissement n'est pas contredit.

C'est dès lors à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations allouées à la recourante en raison de l'événement du 7 novembre 2016 avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le statu quo sine ayant été atteint bien antérieurement. En d'autres mots, on ne saurait reconnaître une relation de causalité naturelle entre la chute du 7 novembre 2016 et les douleurs persistantes au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

**7.** Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être rejeté.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD).

Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe et a au demeurant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Bien qu'obtenant gain de cause, l'intimée, en sa qualité d'assureur social, ne saurait prétendre des dépens (ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 22 septembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- H. \_\_\_\_\_, à [...],
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :